ITEM 276 : HÉPATOMÉGALIE ET MASSE ABDOMINALE

HÉPATOMÉGALIE

Hépatomégalie = augmentation du volume du foie : - **Diffuse** ou **localisé sur un lobe ou un secteur**
(= *foie palpable*) - **Homogène** ou **inhomogène**
Signe **peu spécifique**. Causes les plus fréquentes : **stéatose hépatique, cirrhose, métastases hépatiques** de cancer digestif

Diagnostic positif	Découverte		- Perception par le patient d'une masse de l'hypochondre droit et/ou de l'épigastre - Palpation par le médecin (masse mobile avec la respiration) ou examen d'imagerie abdominale
	Diagnostic positif		= **Projection du foie sur la ligne médioclaviculaire > 12 cm** - Distance entre la limite supérieure de la matité hépatique et le bord inférieur repéré à la palpation - Difficile à affirmer en cas de : paroi abdominale très musclée, défense, panicule adipeux sous-cutané abdominal très épais, ascite abondante → Dg par **échographie abdominale**
	DD		**Tumeur rénale, de l'angle colique droit, du colon transverse, de l'estomac, du pancréas**…
Etiologie	Maladies hépatiques primitives		- **Stéatose / stéatohépatite** liée à l'alcool / métabolique (NASH) - **Cirrhose** : hépatomégalie inconstante - **Hépatite** aigue ou chronique
	Congestion		= Obstacle au retour veineux hépatique : - **Insuffisance cardiaque droite**, péricardite constrictive - Syndrome de **Budd-Chiari** (exceptionnel)
	Tumeurs hépatiques	Malignes	- Primitive : carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome - Secondaire : métastases - Hémopathie maligne (rare)
		Bénignes	- Polykystose hépatique / hépatorénale - Autres tumeurs bénignes (hépatomégalie exceptionnelle)
	Atteinte infectieuse		- **Abcès hépatique** amibien / bactérien - Lésion **parasitaire** : hydatidose
Diagnostic étiologique	Anamnèse		- Circonstances de **découverte** : fortuite, dépistage, douleur, ictère - **Voyage** en zone d'endémie - **Facteurs de risque de cirrhose** : OH, syndrome métabolique, FDR d'hépatite virale - ATCD médicaux, chirurgicaux et gynécologiques, et familiaux (**cancers**) - **Signes associés** : fièvre, sueurs, amaigrissement, troubles du transit, signes urinaires, gynécologiques
	Clinique		- Palpation : - **Hépatomégalie diffuse** ou **sectorielle**, **homogène** ou **inhomogène**, **douloureuse** ou **non** - **Consistance** : foie normal = **ferme**, foie cirrhotique = **dur**, surtout au bord inférieur, tranchant - Recherche de **syndrome septique** (fièvre, frissons) + de **maladie hépatique chronique** (ascite), d'hypertension portale, + d'**insuffisance cardiaque droite** (RHJ, expansion systolique du foie, élévation du pouls jugulaire) + de **cholestase** (ictère, prurit, selles décolorées, urines foncées) + de **métastases** (aires ganglionnaires : adénopathie de Troisier, ± touchers pelviens)
	Paraclinique	Biologie	- 1ère intention : **NFS** (plaquettes)**, bilan hépatique** (ASAT/ALAT, PAL, gGT, TP, bilirubine), **albumine** - Abcès : **sérologie amibiase (*Entamoeba histolytica*), hémoculture** - Kyste : **sérologie échinococcose** - Nodule : **αFP sérique** - Suspicion de cirrhose : **marqueurs d'hépatite virale, auto-immune, bilan martial** - Hépatomégalie homogène avec anomalie du bilan hépatique : **sérologie hépatite virale, bilan auto-immun, bilan martial**
		Echo du foie	= **1ère intention** : précise le caractère diffus/sectoriel, homogène ou non + signes étiologiques - Signes de **cirrhose** : contours irréguliers, signes d'HTP, atrophie du segm IV, hypertrophie du segm I - Signes de **stéatose** : foie hyperéchogène - Signes **d'insuffisance cardiaque** : dilatation des veines hépatiques et de la VCI - Signes de **cholestase** : dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
		Autre imagerie	- **TDM ou IRM hépatique** pour compléter l'échographie **si lésion focale** - **Échographie cardiaque** si suspicion d'insuffisance cardiaque - **Elastométrie hépatique (/test sanguin de fibrose)** si parenchyme hépatique hyperéchogène (évaluation de la fibrose) - **Cholangio-IRM/TDM abdominale injectée** si suspicion de maladie biliaire → **Avis spécialisé urgent** si suspicion d'infiltration tumorale / syndrome de Budd-Chiari

<table>
<tr><td rowspan="3">Démarche diagnostique</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PBH</td><td colspan="3">➞ Indispensable si bilan étiologique négatif (clinique, biologique et imagerie)
- SI lésion focale : 2 prélèvements : lésion + parenchyme non-lésionnel (ponction transpariétale pour cibler la biopsie)
- Si abcès hépatique volumineux : ponction ± drainage sous contrôle écho, avec analyse bactério ± parasito selon le contexte (PCR Entamoeba histolytica)
- Multifocale si hépatomégalie diffuse
- Par voie transpariétale transcapsulaire (échoguidée sous AL, parfois par TDM si lésion mal visible en écho), transveineuse (abord transjugulaire sous AL) ou chirurgical (coelioscopie)
- Complications : douleurs abdominales, saignement ± étendu, effraction pleurale / biliaire
➞ Alitement et surveillance FC/TA minimum 6 heures, surveillance du point de ponction</td></tr>
<tr><td>CI</td><td colspan="2"><u>CI formelle</u> :
- Dilatation diffuse des voies biliaires intra-hépatiques
- Thrombose des 3 veines sus-hépatiques : biopsie transjugulaire impossible
- Suspicion d’échinococcose kystique : ponction diagnostique CI
<u>CI voie transpariétale</u> (= voie transveineuse impérative) si
- Trouble de l’hémostase non corrigé : thrombopénie < 60 G/L, TP < 50%, ↗ du TCA >1,5
- Prise d’anticoagulants, ant-agrégants plaquettaires ou AINS
- Hémodialyse
- Ascite (même minime)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hépatomégalie sans lésion focale (homogène)</td><td colspan="3">- Cirrhose : signes cliniques, biologiques et échographiques indiscutables d’insuffisance hépatique et d’hypertension portale + cause de cirrhose documentée, foie dur à la palpation, contours bosselés à l’échographie. Hépatomégalie diffuse / sectorielle, parfois absente.
- Stéatose ou stéatohépatite : foie hyperéchogène + cause documentée (consommation excessive d’alcool ou syndrome métabolique)
- Foie cardiaque : dilatation des veines hépatiques, FDR CV, signes d’insuffisance cardiaque (OMI, RHJ, dyspnée), atteinte cardiaque documentée (ETT)
- Hépatite aiguë/chronique : anomalie du bilan hépatique, cause documentée (virale, auto-immune ou médicamenteuse)
- Hémochromatose : hyperferritinémie (sans syndrome inflammatoire ni transaminases > 4N) ➞ IRM
- Cholestase chronique : ictère cholestatique (prurigineux) ou dilatation des voies biliaires
- Infiltration tumorale : hémopathies (lymphome), cancer du sein (rare) : AEG
- Syndrome de Budd-Chiari : ascite, veines hépatiques non-visualisées à l’imagerie
➞ Si aucun diagnostic ne peut être fait avec certitude : PBH</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Hépatomégalie avec lésions focales (hétérogène)</td><td colspan="3">➞ Rechercher une maladie hépatique chronique : FdR, clinique, biologique, échographique</td></tr>
<tr><td colspan="2">En cas de maladie chronique</td><td>- Rechercher un carcinome hépatocellulaire (cirrhose sous-jacente) : alphafœtoprotéine augmentée
- Si dilatation des voies biliaires intra-hépatiques : cholangiocarcinome
- Si contexte de cancer connu : tumeur hépatique secondaire (métastases)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">En l’absence de maladie hépatique chronique</td><td colspan="2">➞ Selon l’échographie :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Lésion solide</td><td colspan="2">➞ Selon le contexte clinique (cancer extrahépatique…) et la cinétique de rehaussement (IRM, TDM ou écho de contraste)</td></tr>
<tr><td>Rehaussement en motte périphérique, progressif de la périphérie vers le centre, hyper-intensité homogène T2</td><td>Hémangiome bénin</td></tr>
<tr><td>Rehaussement périphérique au temps artériel avec centre non rehaussé</td><td>Abcès (syndrome septique) ou tumeur nécrosée
➞ Ponction de la zone nécrotique pour analyse microbiologique si syndrome inflammatoire marqué</td></tr>
<tr><td>Absence de rehaussement au temps artériel et portal</td><td>Métastase ou adénome hépatocellulaire
➞ Bilan selon le contexte néoplasique</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Lésion solide</td><td>Rehaussement net au temps artériel = wash in +++ avec élimination du produit de contraste plus marquée dans le nodule que dans le foie adjacent au temps portal ou tardif = wash out +++</td><td>Carcinome hépatocellulaire</td></tr>
<tr><td>Rehaussement net au temps artériel sans wash out</td><td>Adénome, hyperplasie nodulaire focale, métastase ou tumeur primitive maligne (autre que CHC)</td></tr>
</table>

	Hépatomégalie avec lésions focales (hétérogène)		Lésion kystique	- **Kyste biliaire simple** : vérifier **l'absence de paroi** ou cloison interne et le caractère purement liquidien ± **Sérologie hydatidose** si sujet ayant vécu en zone d'endémie au contact de chiens - **IRM/TDM ou écho de contraste** si doute à l'échographie Si conditions non réunies : rechercher - **Tumeur bénigne à potentiel malin** ou **tumeur maligne** - **Kyste hydatique** (séjour en zone endémique) - **Kyste biliaire simple** modifié par une **hémorragie intrakystique**

MASSE ABDOMINALE

= augmentation du volume d'un organe intra-abdominal : démarche diagnostique selon la localisation de la masse
- **Palpation :** caractéristiques de la masse : localisation, taille, consistance, douleur spontanée ou provoquée à la palpation, fixation aux plans profonds, pulsatile
- **TDM abdomino-pelvienne** en 1ère intention (injectée, sauf si insuffisance rénale/allergie) : organe atteint, nature de la masse (liquidienne, tissulaire), rapports avec les organes voisins, extension à distance si suspicion de cancer

Epigastrique	- **Hypertrophie du lobe hépatique gauche**	
	Tumeur gastrique	= Masse **dure**, **pierreuse** - Signes digestifs hauts : épigastralgie, lenteur à la digestion, AEG
	Tumeur pancréatique	= Masse **dure**, **fixée**, **sensible** (rarement palpable) - **Cancer de la tête du pancréas** : ictère prurigineux par compression de la VBP - **Cancer du corps pancréatique** : douleur type solaire - **Cancer de la queue** : révélation tardive par une masse épigastrique ou de l'HCG
	Pseudokyste du pancréas	= Tuméfaction **régulière**, **ferme** et **rénitente** (rarement palpable)
Hypochondre D	- **Hépatomégalie** (cf. plus haut) - **Rein droit** ou **surrénale droite**	- **Angle colique droit**
	Vésicule biliaire	= Vésicule non palpable à l'état normal : masse au bord inférieur du foie, piriforme, mobile avec les mouvements respiratoires - Compression de la voie biliaire principale : **cancer de la tête du pancréas** ou **de la VBP** - **Hydrocholécyste** : calcul enclavé dans le collet ou dans le canal cystique - **Cholécystite aiguë** (rarement palpable) : douloureuse, fébrile - **Tumeur maligne de la vésicule** : masse dure, fixée, irrégulière
Hypochondre G	- **Queue du pancréas** - **Angle colique gauche** - **Grosse tubérosité gastrique** - **Rein gauche**	
	Splénomégalie	= Rate normalement non palpable : s'abaisse à l'inspiration, bord antérieur crénelé - **Splénomégalie homogène** : origine infectieuse, hémopathie, hypertension portale - **Splénomégalie hétérogène** : abcès, kyste hydatique, tumeur
Autres localisations	Fosse iliaque droite	- **Tumeur du caecum** : dure, mobile ou fixée ± caractère inflammatoire si tumeur infectée - **Appendicite abcédée** : tuméfaction douloureuse et fixée, dans un contexte fébrile - **Maladie de Crohn** (iléite) **avec abcès** - **Ovaire droit :** kyste ou tumeur ovarienne (cancer primitif / métastase)
	Fosse iliaque gauche	- **Constipation** - **Sigmoïdite avec abcès péri-sigmoïdien** (rare) - **Tumeur sigmoïdienne** - **Ovaire gauche** : kyste ou tumeur ovarienne
	Ombilicale	- **Anévrisme de l'aorte abdominal** : tuméfaction médiane, battante, expansive avec un souffle systolique - **Côlon transverse / grêle : cancer** colique, tumeur du grêle (rare)
	Hypogastrique	→ Eliminer en 1er : **grossesse, fécalome, globe vésical** - **Fibromyome utérin** : masse régulière, bien limitée, ferme, indolore, d'origine utérine au TV - **Cancer de l'endomètre**
	Ubiquitaire	- **Tuméfactions pariétales** = mise en évidence lors de la contraction de la sangle abdominale : **hématome de la paroi, lipome, hernie, éventration** - **Nodule de carcinose péritonéale** : dur, indolore, fixé, souvent multiples, assez souvent situés en région péri-ombilicale ou au niveau d'anciennes cicatrices - **ADP abdominale** (palpable chez le sujet maigre) : bénigne, infectieuse ou maligne (lymphome, métastase) - **Corps étranger** (notamment chez sujet opéré)

	Lombaire / Flancs	- **Lésion rénale** : **tumeur maligne, hydronéphrose** - **Lésion surrénalienne** : **tumeur bénigne/maligne** - **Tumeur rétropéritonéale primitive** : **sarcome** - **Lésions du psoas** : hématome, abcès, tumeur - **Cancer du côlon** (rare)